**Договор на оказание платных медицинских услуг**

г. Москва «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г

Общество с ограниченной ответственностью «АЙМЕДИКАЛ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Никулиной Дианы Борисовны , действующей на основании Устава, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в дальнейшем именуемый «Пациент» с другой стороны, именуемые совместно «Стороны» и каждый в отдельности «Сторона», заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее - Договор) о нижеследующем:

**1. Определения, используемые в договоре:**

1.1 «Исполнитель» – медицинская организация: ООО «АЙМЕДИКАЛ», юридическое лицо, расположенное по адресу: 117218, Москва, ул. Профсоюзная, д. 7/12, этаж 1, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, зарегистрированное Межрайонной ИФНС № 46 по г. Москве 20 августа 2019 года за основным государственным регистрационным номером 1197746462792.

1.2 «Медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые пациентам на возмездной основе Исполнителем на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, Перечень Услуг Исполнителя и их стоимость размещены на информационном стенде в фойе (респешен) по адресу организации Исполнителя и на сайте Исполнителя в сети интернет: www.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.ru.

1.3 «Пациент» - физическое лицо, получающее платные Медицинские услуги Исполнителя в порядке, установленном Договором и действующим законодательством РФ.

1.4 «Лечащий врач» («Врач») - врач, медицинский работник Исполнителя, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию Пациенту Медицинских услуг.

**2. Информирование.**

Пациент подтверждает, что ему разъяснено и понятно его обязательство предоставлять Исполнителю (Лечащему врачу) наиболее полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, включая текущее состояние, его изменения в процессе лечения (наблюдения).

Пациенту разъяснено, что Врач при определении диагноза и индивидуальных противопоказаний к оказанию Медицинских услуг учитывает информацию о здоровье Пациента, записанную и внесенную в Медицинскую карту Пациента с его слов и на основании предоставленных им документов.

Пациент согласен, что Исполнитель (Лечащий врач) не будет нести ответственность за возможные осложнения и нежелательные последствия для здоровья Пациента, наступившие в результате предоставления Пациентом Исполнителю (Лечащему врачу) неполной и/или недостоверной информации о состоянии здоровья и известных фактах.

Пациент подтверждает, что он ознакомлен с прейскурантом цен на оказание платных медицинский услуг.

Пациент подтверждает, что его права и обязанности, предусмотренные Федеральным Законом «Об охране здоровья граждан в РФ», а именно,

Обязанности: 1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья. 2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством РФ, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие [заболеваниями](consultantplus://offline/ref=D0BF9A5FB9F5FB4C44727BF529947465B0B3AE3A68BEC11B72D4E0B46CF45701CF4A0995F9DDEA84205004C51FAAA73F351846C8C0D35004WB4AM), представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний. 3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.;

Пациент имеет право на: 1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом; 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим [требованиям](consultantplus://offline/ref=AF7E7A78C203D34F4D873A1AC2F957AB06588AADC5AA49E12C03C1859DB00AFCFA41B721D1E161F47268940948F07AM); 3) получение консультаций врачей-специалистов; 4) облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами; 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья; 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях; 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну; 8) отказ от медицинского вмешательства; 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи; 10) допуск к нему адвоката или [законного представителя](consultantplus://offline/ref=AF7E7A78C203D34F4D873A1AC2F957AB0E5485AEC4A014EB245ACD879ABF55EBEF08E32CD0E07FF17822C74D1C0E45509C3305CBE74E2BF479M) для защиты своих прав.

Пациенту известно и понятно об ответственности и неблагоприятных последствиях, возникших в случае несоблюдения рекомендаций врача, сокрытия известной ему информации о своем состоянии здоровья. Пациент предупрежден об этом.

Подписывая настоящий Договор Пациент дает добровольное согласие на лечение, обработку персональных данных о нем, хранение и обработку информации, составляющей врачебную тайну.

**Подпись Пациента** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Предмет Договора.**

3.1 По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные Медицинские услуги, а Пациент обязуется оплатить оказанные Услуги в порядке, установленном Договором.

3.2 Перечень рекомендованных Лечащим врачом Пациенту медицинских обследований и (или) манипуляций, консультаций специалистов, включенных в Медицинские услуги, и выполняемых Исполнителем по настоящему Договору, указывается в Медицинской карте Пациента.

3.3 Стоимость Медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, определяется Прейскурантом, действующим на момент оказания соответствующей услуги, если иное не предусмотрено Сторонами в дополнительном соглашении или приложении к настоящему Договору.

3.4 Прейскурант размещен для ознакомления на информационном стенде в приемном отделении по адресу организации Исполнителя и по адресу в сети Интернет <https://ichilov-moscow.ru/>

3.5 Порядок приема и внутренний регламент обслуживания Пациентов установлены в Правилах предоставления платных медицинских услуг пациентам, утвержденных руководителем Исполнителя и представленных для ознакомления на информационном стенде в приемном отделении по адресу организации Исполнителя.

**4. Права и обязательства Сторон**

**4.1 Исполнитель обязуется:**

4.1.1 Обеспечить оказание Медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.1.2 Обеспечить соответствие предоставляемых Медицинских услуг требованиям, предъявляемым законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

4.1.3 Вести медицинскую документацию.

**4.2 Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании Услуги в случае:**

4.2.1 несогласия Пациента с условиями настоящего Договора;

4.2.2 пребывания Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; 4.2.3 совершения Пациентом действий, нарушающих общепринятые этические нормы поведения, а также создающие угрозу жизни и здоровью персонала или других пациентов;

4.2.4 при наличии у Пациента медицинских противопоказаний;

4.2.5 имеющейся у Пациента задолженности по оплате выполненных услуг;

4.2.6 в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, при отсутствии прямой угрозы жизни или здоровью Пациента.

**4.3 Пациент обязан:**

4.3.1 Оплачивать Медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора;

4.3.2 Предоставить Исполнителю необходимые для оказания Услуг сведения о состоянии своего здоровья и об известных ему обстоятельствах, которые могут оказать негативное влияние на качество оказываемых Услуг, в том числе:

- о перенесенных или сопутствующих заболеваниях, в т.ч. аллергия, гепатит, ВИЧ (СПИД), бронхиальная астма, заболевания сердечнососудистой системы, венерические заболевания, туберкулез, и др.;

- о перенесенных травмах, оперативных вмешательствах;

- о переливании крови и инъекциях, полученных в других медицинских учреждениях (за период не менее чем два года до получения Пациентом Услуг по настоящему Договору);

- о проведенных Пациенту профилактических прививках;

- о состоявшемся или возможном контакте с инфекционными больными в течение одного календарного месяца до начала получения Пациентом Услуг по настоящему Договору;

- о непереносимости медицинских препаратов, физиотерапевтических воздействий;

- информацию о прохождении и результатах лечения в других лечебно-профилактических учреждениях; - о принимаемых препаратах

- иные сведения, запрошенные лечащим врачом, необходимые для полного и качественного оказания Пациенту Услуг.

4.3.3 Выполнять в полном объёме назначения и рекомендации Лечащего врача в процессе оказания Медицинских услуг и после завершения оказания Медицинских услуг.

4.3.4 Извещать немедленно Лечащего врача или Исполнителя о любых осложнениях или побочных эффектах, возникших в процессе осуществления Медицинских услуг или после их проведения.

4.3.5 Соблюдать согласованный график посещений медицинской организации Исполнителя для получения Услуг, явиться на прием по назначению Лечащего врача в согласованное время. При невозможности явки в согласованное время, Пациент обязуется заранее уведомить Исполнителя об отмене запланированного посещения и согласовать новое время посещения.

4.3.6 Ознакомиться с порядком приема и внутренним регламентом обслуживания Пациентов, установленных в Правилах предоставления медицинских услуг пациентам, утвержденных руководителем Исполнителя, соблюдать указанные Правила при обращении за получением Услуг к Исполнителю.

4.3.7 Принимать Медицинские услуги, выполняемые Исполнителем по настоящему Договору, подписывать расчетную документацию на Услуги.

**4.4 Пациент вправе:**

4.4.1 Требовать предоставления Услуг, отвечающих требованиям, установленным законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

4.4.2 Требовать предоставления полной информации об Услугах, стоимости Услуг, лицензии и лицензионных условиях, квалификации врачей и специалистов Исполнителя, порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи.

**4.5. Исполнитель вправе:**

4.5.1 Самостоятельно устанавливать Пациенту диагноз и определять объем проводимого обследования и лечения. Привлекать третьих лиц (медицинские организации) для оказания медицинских услуг.

4.5.2 Изменять план лечения по согласованию с пациентом.

4.5.3 В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный Пациенту для лечения, назначить другого врача для проведения лечения.

4.5.4 В случае опоздания Пациента на прием более чем на 15 мин определить по согласованию с Пациентом иную дату и (или) время проведения лечения.

**5. Информированное добровольное согласие Пациента на медицинское вмешательство**

5.1 Врач информирует Пациента о его правах и обязанностях, состоянии его здоровья и диагнозе. Врач предоставляет Пациенту в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

5.2 Пациент после ознакомления с перечисленной выше информацией личной подписью заверяет Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство по форме Исполнителя, являющееся предварительным условием оказания Медицинских услуг по Договору и неотъемлемой частью индивидуальной Медицинской карты Пациента.

5.3 В случае отказа Пациента от подписания формы Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Исполнитель вправе отказать Пациенту в оказании соответствующих Медицинских услуг.

5.4 Пациент вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители. При отказе от медицинского вмешательства Пациенту в доступной для него форме Врачом разъясняются возможные последствия такого отказа.

**6. Медицинская карта Пациента**

6.1 В дату заключения настоящего Договора Исполнитель открывает и оформляет в соответствии с требованиями действующего законодательства Медицинскую карту Пациента.

6.2 Консультации врачей, профилактические, диагностические и лечебные процедуры и манипуляции в обязательном порядке сопровождаются внесением соответствующих записей в индивидуальную Медицинскую карту Пациента. Медицинская карта Пациента является собственностью Исполнителя, ведется и хранится в соответствии с требованиями действующего законодательства.

6.3 Пациенту по его требованию выдается выписка из Медицинской карты. Выдача оригинала Медицинской карты на руки Пациенту не допускается.

6.4 В целях обеспечения автоматизированного ведения и хранения медицинской документации в электронной форме, в том числе индивидуальной Медицинской карты, Пациент при заключении настоящего Договора оформляет Согласие на обработку персональных данных по форме Исполнителя, являющееся Приложением к настоящему Договору.

**7. Расчеты по Договору**

7.1 Оплата оказанных Пациенту услуг производится в дату выполнения Медицинских услуг, если иной срок для расчетов по выполненным услугам не установлен Сторонами в приложении к Договору. Услуги оплачиваются по ценам, установленным в действующем на дату оказания услуг Прейскуранте.

7.2 Оплата может осуществляться Пациентом наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или в безналичной форме с использованием банковской платежной карты Пациента.

7.3 Несвоевременная или неполная оплата Услуг Пациентом дает право Исполнителю приостановить обслуживание по Договору, приостановить выполнение процедур назначенного курса лечения до погашения задолженности Пациентом.

7.4 Пациент вправе в любой момент до завершения оказания выполняемой Исполнителем Медицинской услуги отказаться от получения Услуги с учетом положений пункта 5.4. Договора и при условии оплаты фактически понесенных расходов Исполнителя, в том числе стоимости выполненного медицинского обследования и (или) проведенной медицинской манипуляции, предоставленной консультации Врача или привлеченного специалиста, эксперта. В случае если Пациент отказался от получения Медицинской услуги в процессе ее оказания или подготовки, такой отказ Пациента фиксируется путем составления акта, подписываемого Пациентом и Лечащим врачом (или Главным врачом) Исполнителя. Акт подтверждает отказ Пациента, служит основанием для расчета фактически понесенных расходов Исполнителя и освобождения Пациента от оплаты полной стоимости Услуги.

**8. Срок оказания Медицинских услуг**

8.1 Медицинские услуги оказываются Исполнителем в течение срока действия настоящего Договора, график посещений/приёма Врача, сроки проведения обследований, курсов процедур (программ) согласуются Пациентом с Лечащим врачом и указываются в назначениях Врача и Медицинской карте Пациента.

8.2 Медицинские услуги оказываются Пациенту по предварительной записи, либо (при наличии свободного времени) на усмотрение Исполнителя по факту обращения Пациента.

**9. Ответственность. Претензии, разрешение споров**

9.1 В случаях неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

9.2 В случае причинения вреда жизни и здоровью Пациента по вине лечащего врача Исполнитель несет ответственность в соответствии с действующим законодательством.

9.3 Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в следующих случаях: - при возникновении осложнений, связанных с тем, что Пациент не предоставил полные и достоверные сведения в соответствии с пунктом 4.3.2. настоящего Договора и разделом Заявления и Гарантии;

- в случае если в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса, особенностями течения конкретного заболевания и/или для предотвращения возможных осложнений Пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и/или медицинских услуг, но Пациент не выполнил соответствующие назначения;

- в случае если наступили предусмотренные и указанные в Информированном добровольном согласии Пациента на медицинское вмешательство возможные побочные эффекты (осложнения), соответствующие характеру и объему медицинской услуги;

- в случае атипичного протекания у Пациента заболевания, наличия непрогнозируемых индивидуальных реакций Пациента на медицинские препараты и т.п.;

- если Пациент своевременно не явился на процедуру согласно назначению врача, таким образом, лечение было прервано, или Пациент получал процедуры в другом лечебном учреждении, которые могли вступить в противоречие с лечением, проводимым Исполнителем, и оказать негативное влияние на состояние здоровья Пациента;

- если Исполнителем приостановлено оказание Медицинских услуг, в соответствии с пунктом 7.3 настоящего Договора;

- в случае нарушения Пациентом требований, указанных в пунктах 4.3.3 и 4.3.4 настоящего Договора.

9.4. Пациент вправе заявить претензию, в случае оказания Исполнителем медицинской услуги ненадлежащего качества.

9.4.1 Претензии Пациента в связи с некачественным оказанием Медицинской услуги могут быть предъявлены Исполнителю в срок не более 3 (трех) дней с момента выполнения Медицинской услуги. 9.4.2. Претензии Пациента в отношении неисполнения/ненадлежащего исполнения условий Договора должны быть направлены Исполнителю в письменном виде и рассматриваются Главным врачом Исполнителя с возможным привлечением специалистов Исполнителя и/или других медицинских организаций в срок не более 20 (двадцати) рабочих дней.

9.4.3. Возмещение убытков, причинных Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением Исполнителем условий настоящего Договора, осуществляется в пределах реального ущерба.

9.5. Все спорные вопросы, связанные с исполнением настоящего Договора, которые Сторонам не удалось разрешить в претензионном порядке урегулирования, передаются заинтересованной стороной в суд в порядке, установленном процессуальным законодательством.

9.6. Стороны договорились, что настоящий Договор предусматривает обязательный досудебный претензионный порядок.

**10. Действие Договора**

10.1 Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует один год. 10.2 Действие настоящего Договора может быть прекращено досрочно по взаимному соглашению Сторон.

10.3 Действие настоящего Договора пролонгируется на новый одногодичный срок, если ни одна из Сторон в письменном виде не заявит об отказе от автоматического продления действия Договора за 30 (тридцать) дней до даты истечения срока действия Договора, и так далее в последующем.

11. Прочие условия

11.1. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

11.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

12. Реквизиты, контактная информация и подписи Сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ - Общество с ограниченной ответственностью «АЙМЕДИКАЛ»

Адрес: 117218, Москва, ул. Профсоюзная, д. 7/12, этаж 1

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, сайт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОГРН 2197748662021, ИНН 7727424164

р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ….

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Д.Б.Никулина

ПАЦИЕНТ: ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Паспорт: №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон для связи: + 7 (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail для направления уведомлений\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/